

FACULTE DE MEDECINE

Travail de la Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
CRISE APPENDICULAIRE AIGÜE CHEZ L'ENFANT
(jusqu'à 15 ans)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Avril 1936

PAR

Louis GUILLAUMÉ

Né le 1^{er} Juin 1911, à Verdun (Meuse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :

MM. ETIENNE, professeur, *président*.
EUZIÈRE, professeur.
CARRÈRE, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555203_0078

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA CRISE APPENDICULAIRE AIGUE
CHEZ L'ENFANT (jusqu'à 15 ans)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 39

FACULTE DE MEDECINE

Travail de la Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
CRISE APPENDICULAIRE AIGUE CHEZ L'ENFANT
(jusqu'à 15 ans)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Avril 1936

PAR

Louis GUILLAUMÉ

Né le 1^{er} Juin 1911, à Verdun (Meuse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

JURY : MM. E. TIENNE, professeur, *président*.
EUZIÈRE, professeur.
CARRÈRE, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1936

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
	RIMBAUD
	MASSABUAU
	RICHE
Clinique chirurgicale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRER.
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
moatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. ETIENNE, professeur, président.	MM. CARRÈRE, agrégé.
EUZIERE, professeur.	GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



À LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort pour la France

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

*Son enseignement et ses conseils éclairés,
son extrême bienveillance, ont été pour moi
un secours précieux. Qu'il veuille bien accep-
ter mes sentiments respectueux et reconnais-
sants.*

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THESE :

MONSIEUR LE DOCTEUR EUZIERE
*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
Doyen de la Faculté*

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRERE
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBAL
Professeur agrégé à la Faculté

En témoignage de gratitude.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

A MON BEAU-PERE
MONSIEUR LE DOCTEUR GIRET

*Témoignage de mon affection et de ma
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE

*Pour les conseils qu'il me prodigua. Je lui
exprime toute ma gratitude.*

INTRODUCTION

L'inflammation de l'appendice iléo-coecal a fait l'objet, depuis la fin du siècle dernier, de très nombreuses études. Aussi pourrait-on croire que tout a été dit et écrit au sujet de la symptomatologie de la crise d'appendicite aiguë. Et cependant, les notions de DIEULAFOY — notions cependant parfois déformées — ont encore force de loi.

Il y a une quinzaine d'années environ, l'aspect clinique de la péritonite se résumait en un tableau extrêmement sombre qui était, en somme, la description des symptômes de la maladie à sa période terminale. Pour la crise appendiculaire, il en est de même actuellement ; les signes décrits à son sujet sont ceux de la crise arrivée à la période de péritonite généralisée. Il est indiscutable que les symptômes les plus importants à connaître sont bien ceux de la crise à son début, qui peuvent permettre l'établissement d'un diagnostic rapide, et d'un acte thérapeutique vraiment adapté comportant le maximum d'efficacité possible.

Ainsi, le but de notre travail est bien posé : c'est de mettre en valeur le véritable tableau clinique de la crise d'appendicite aiguë. Des remarques se dégagent d'une manière fort nette de l'étude des cinquante-sept observations recueillies depuis le 1^{er} janvier 1931 jusqu'au mois de jan-

vier 1936, dans le service de chirurgie infantile de M. le Professeur ETIENNE. L'organisation de ce service est telle, que pour tous les cas d'urgence (et toutes les crises d'appendicite aiguë sont des cas d'urgence), le chef de service ou l'un de ses collaborateurs, immédiatement prévenu, examine le malade et opère, ou assiste à l'opération. Aussi ces observations traduisent-elles avec fidélité l'état clinique des appendicites aiguës à leur arrivée à l'hôpital.

Pour bien situer ce travail, nous rappellerons brièvement l'aspect clinique établi par les auteurs classiques, tableau devant lequel notre Maître, M. le Professeur ETIENNE, ne s'est trouvé que deux ou trois fois seulement.

DIEULAFOY, le premier, codifia la symptomatologie de l'appendicite aiguë : « Les prodromes sont rares », dit-il, et le début peut être insidieux ou plus ou moins bruyant. Les signes caractéristiques et essentiels sont, pour lui, au nombre de trois :

— Douleur, spontanée et provoquée, dans la fosse iliaque droite ;

— Défense musculaire : « signe excellent » ;

— Hyperesthésie cutanée : « signe auquel j'attribue une grosse valeur », ajoute-t-il.

Cette « triade symptomatique », s'accompagne de température élevée, de nausées et de vomissements. Et il conclut : « Tels sont, avec plus ou moins d'intensité, les symptômes habituels de l'entrée en scène de l'appendicite ».

Dans les livres classiques d'étude actuels (collection MASSON, tome IV), voici, en résumé, comment est décrite la crise appendiculaire :

— Douleur brusque et vive dans la fosse iliaque droite.

— Contracture pariétale.

— Arrêt de la fonction intestinale, et, par voie de conséquence, ballonnement abdominal.

— Hyperesthésie cutanée.

- Vomissements et hoquets.
- Température élevée, pouls rapide.
- Faciès altéré.
- Langue saburale.

« Telle est la crise d'appendicite dans sa forme moyenne », ajoutent les auteurs. Et ils décrivent alors une forme bénigne : « L'appendicite légère de Jalaguier », qui est une crise fugace de quelques heures seulement, où l'on retrouve, mais avec une faible intensité, tous les signes décrits pour la forme moyenne ; ces signes, du reste, disparaissent rapidement. De plus, « la douleur au point de Mac Burney n'est jamais plus nette que dans cette forme ».

Enfin, dans son précis de pathologie externe, Tome II, M. le Professeur FORGUE classe les symptômes dans l'ordre suivant :

— Symptômes douloureux : douleur appendiculaire graduellement croissante, au point de Mac Burney, avec hyperesthésie.

— Signes locaux : plastron de la péri-appendicite, douloureux, submat à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde.

— Symptômes généraux :

- Altération du pouls (fréquent, faible et irrégulier).
- Phénomènes de paralysie intestinale : ni matières, ni gaz.
- Vomissements : alimentaires, puis porracés, puis fécaloïdes.
- Faciès abdominal : traits grippés, yeux cernés, nez pincé.
- Fièvres (qui peut manquer dans les formes hypertoxiques).

Enfin, il insiste sur la triade de DIEULAFOY et décrit trois formes : forme intense et bruyante d'emblée, forme en apparence bénigne, et forme larvée.

Les observations qui suivent nous permettront de démontrer que la crise d'appendicite ne se présente que fort rarement avec une symptomatologie aussi riche et jamais avec cette forme légère. Nous voulons signaler dès maintenant (à propos de l'observation N° 48) la réponse d'une maman à la question que lui posait M. le Professeur ETIENNE : « Pourquoi ne nous avez-vous pas amené votre enfant plus tôt, comme vous l'avait conseillé votre médecin ? » — « Mais, Monsieur, il ne souffrait pas ». Cet enfant, en effet, était entré à l'hôpital par ses propres moyens, sans presque souffrir, à la 64^e heure de sa crise, et mourait 24 heures après, malgré une intervention immédiate qui avait démontré la présence d'une péritonite généralisée provoquée par un appendice énorme et gangréné.

Parmi les observations d'appendicite recueillies dans le service de chirurgie infantile, nous n'avons conservé que celles concernant les crises appendiculaires aiguës, opérées d'urgence, et nous avons laissé de côté les appendicites chroniques, subaiguës ou aiguës refroidies et opérées à froid.

L'ordre que nous avons choisi pour les classer est basé sur le degré de gravité des lésions anatomiques et nous sommes arrivés ainsi à former cinq groupes : lésions appendiculaires simples sans liquide - avec liquide louche - avec liquide séro-purulent - avec pus - appendices gangrénés et perforés.

Et, enfin, dans chacun de ces groupes, c'est le temps écoulé depuis le début de la crise qui préside à leur ordonnance.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE : LESIONS APPENDICULAIRES SIMPLES SANS LIQUIDE DANS LA CAVITE PERITONEALE

OBSERVATION N° 1

C. M., âge : 9 ans. Entrée le 12 décembre 1933.

Prodromes :

Depuis trois mois, l'enfant éprouve des nausées suivies parfois de vomissements, et des phénomènes douloureux siégeant à l'épigastre. L'enfant est hospitalisée pour appendicite chronique.

Début : brutal, il y a 3 à 4 heures (le 13 décembre au soir).

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense dans la région ombilicale.

Vomissements : ne se sont pas renouvelés.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 100.

Température : 38°5.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : non douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : L'appendice est fixé en entier au cœcum. Son extrémité distale est renflée en massue, et à ce niveau, la paroi est tendue et ischémisée.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 2

J. M., âge : 15 ans. Entrée le 12 juin 1935.

Prodromes :

Crises appendiculaires légères.

Début : insidieux, il y a 4 heures, par des douleurs assez intenses dans la fosse iliaque droite, et par des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée disparue.

Vomissements : quelques-uns.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 100.

Température : 37°7.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : L'appendice est en contact avec la face postérieure du cœcum par de nombreux voiles membraneux congestionnés. Le méso est congestionné.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 3

J. A., âge : 8 ans. Entré le 20 mai 1933 (se trouvait dans le service pour scoliose).

Prodromes :

L'enfant aurait eu des vers intestinaux.

Début : peu brutal, le 22 juin 1933 au réveil.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée assez intense, surtout marquée dans la fosse iliaque gauche.

Vomissements : deux.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : normal.

Dyspnée : néant.

Pouls : 140.

Température : 37°2.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée à gauche de la ligne médiane. Pas de douleur au Mac Burney.

Toucher rectal : point douloureux net à droite.

Intervention :

- a) Lésions constatées : l'appendice, rétro-cæcal, est long, pelotonné sur lui-même. De nombreuses adhérences le coudent. Dans l'organe, on trouve des oxyures ; la paroi est un peu épaissie ; un foyer hémorragique siège à la partie moyenne, et un autre à la pointe.
- b) Technique : suture sans drainage.

OBSERVATION N° 4

R. S., âge : 8 ans. Entrée le 21 janvier 1936.

Prodromes :

Néant.

Début : brutal, il y a 6 heures environ, par des douleurs abdominales intenses et par des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense, diffuse.

Vomissements : plusieurs.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : la respiration est courte.

Pouls : 140.

Température : 39°7.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : légère résistance. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée, diffuse, mais plus marquée dans les deux fosses iliaques.

Toucher rectal : douleur à la pression du cul-de-sac de Douglas.

Intervention :

- a) Lésions constatées : L'appendice est long, mais d'apparence saine. Il décrit plusieurs contours à angles très aigus. Le méso est court. Des spasmes appendiculaires se produisent au moment de l'extériorisation.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 5

C. R., âge : 5 ans. Entré le 23 juin 1934.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 7 heures, par des douleurs abdominales et des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée d'intensité moyenne.

Vomissements : peu nombreux.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 37°4.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée intense dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : douloureux.

Intervention :

- a) Lésions constatées : l'appendice, volumineux, est congestionné. L'organe, ouvert, montre une muqueuse épaissie et tomenteuse.

- b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 6

L. J., âge : 9 ans. Entré le 16 janvier 1935.

Prodromes :

Malaise à forme grippale, avec angine, trois jours auparavant.

Début, il y a 15 heures, par des douleurs abdominales peu intenses suivies d'un vomissement 8 heures plus tard.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée peu intense.

Vomissements : un seul.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : normal.

Dyspnée : néant.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée nette et assez intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention (16 heures après le début) :

a) Lésions constatées : L'appendice est volumineux et turgescent. Le cœcum saigne au moindre contact.

b) Technique : on place un drain.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 7

G. C., âge : 11 ans. Entré le 30 décembre 1932.

Prodromes :

Depuis quelques mois, l'enfant se plaignait de douleurs gastriques en rapport avec les repas.

Début : assez brutal, il y a 16 heures environ, par une douleur assez intense dans la région du point de Mac Burney, accompagnée de vomissements. La température était de 38°5.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée peu intense.

Vomissements : peu nombreux.

Fonctions intestinales : régulières.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : simple, défense musculaire. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée électivement au point de Mac Burney.

Toucher rectal : douloureux à droite.

Intervention :

a) Lésions constatées : l'appendice, en position pelvienne, est très long, congestionné et adhérent au plancher pelvien par son extrémité inférieure.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 8

M. E., âge : 12 ans. Entrée le 29 octobre 1935.

Prodromes :

La fillette aurait souffert de maux de ventre, il y a 3 à 4 mois, et aurait eu, à ce moment, une température élevée (symptômes non observés par un médecin).

Début : insidieux, il y a 24 heures, par une douleur abdominale gauche suivie, 2 heures après, par des douleurs intenses à droite.

Symptômes à l'examen :

Vomissements : néant.

Température : 38°1.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée intense au point de Mac Burney.

Intervention :

a) Lésions constatées : l'appendice est très long, en tire-bouchon sur sa partie proximale.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 9

C. T., âge : 11 ans. Entré le 19 octobre 1935.

Prodromes :

« Mouvements nerveux », surtout dans le bras droit (?).

Début insidieux, il y a 24 heures, par des douleurs abdominales peu intenses. Le lendemain, ces douleurs augmentent et sont accompagnées de vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense.

Vomissements : peu nombreux.

Pouls : 110.

Température : 37°2.

Intervention :

a) Lésions constatées : la pointe de l'appendice est placée par des adhérences contre la fosse iliaque.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 10

B. M., âge : 9 ans. Entrée le 5 octobre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 24 heures, par des vomissements et des douleurs abdominales.

Symptômes à l'examen :

Douleur : spontanée peu intense.

Vomissements : nombreux.

Pouls : 92.

Température : normale.

Hyperesthésie cutanée : très intense dans la fosse iliaque droite.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : On trouve quelques adhérences. L'ouverture de l'appendice montre une muqueuse tomenteuse ; il est rempli de magma.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 11

N. A., âge : 12 ans. Entrée le 19 décembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : brutal, il y a 28 heures environ, par une violente douleur abdominale droite, sans vomissements. Un lavement a été administré par la mère.

Symptômes à l'examen :

Vomissements : l'enfant n'a pas vomé mais se plaint de nausées.

Facies : légèrement grippé.

Dyspnée : néant.

Pouls : 105.

Température : 38°.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : simple défense musculaire dans la fosse iliaque droite. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée diffuse.

Toucher rectal : Le sphincter anal et l'anus est normaux.

Intervention :

a) Lésions constatées : nombreux nodules de 1 à 2 mm. de diamètre, nombreux voiles membranaires transparents et adhérents, la muqueuse est très congestionnée et tirée par une tumeur, le mésocolon est infiltré. A l'ouverture de l'organe, on trouve un magma sanguinolent avec de nombreux oxyurés.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 12

L. A., âge : 12 ans 1/2. Entrée le 27 février 1935.

Prodromes :

Pas de prodromes immédiats, mais passé digestif avarié débuté il y a 3 ans : troubles digestifs et élancements douloureux.

Début : brutal, il y a 30 heures, par une douleur intense dans la fosse iliaque droite et par des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée, moins intense.

Vomissements : persistent depuis le début de la crise.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : normal.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 38°.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : légère et très bas située.

Toucher rectal douloureux ; le cul-de-sac de Douglas bombe.

Intervention :

a) Lésions constatées : l'appendice est très congestionné.

Il n'y a pas de pus dans l'organe.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : Un gros hématome de la paroi se forme ; il se vide le 9^e jour après l'intervention.

OBSERVATION N° 13

Enfant, âge : 8 ans. Entre le 18 décembre 1935.

Prodromes :

L'enfant, qui vomit fréquemment, a subi une crise il y a un an.

Début : peu brutal, il y a 36 heures, par des douleurs abdominales sans siège précis et par d'abondants vomissements qui ont persisté pendant 12 heures.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée diffuse et peu intense.

Vomissements : ont cessé depuis 24 heures.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 85.

Température : 37°2.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée diffuse, mais plus marquée dans la région appendiculaire.

Touche rectal : n'a pas été pratiquée.

Intervention :

a) Lésions constatées : les adhérences sont nombreuses.

L'appendice est fixé profondément par une rétraction fibreuse du méso appendice.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 14

P. E., âge : 12 ans. Entrée le 8 août 1935.

Prodromes :

Aurait eu déjà deux ou trois crises.

Début : il y a 36 heures, aucune précision n'a pu être recueillie à ce sujet.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée peu intense.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Pouls : 120.

Température : 39°.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture dans la fosse iliaque droite. - Ballonnement : néant.

Douleur provoquée peu intense dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : la moitié distale de l'appendice, qui est coudé, est accolée à la face postérieure du cœcum. Dans son mésô, on découvre un abcès qui contient du pus fétide.

b) Technique : un drain est placé dans le Douglas. Sérum de Vincent par voie sous-cutanée.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 15

S. Y., âge : 5 ans. Entrée le 14 novembre 1935.

Début : insidieux, il y a 40 heures, par une température élevée (39 à 40), due à une angine. Au cours de l'examen, le médecin traitant distingue de la douleur au point de Mac Burney avec défense musculaire.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée nulle.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls et température en relation avec l'angine.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : simple défense musculaire à droite. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée assez intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : l'appendice est gros, rouge ; sa muqueuse est épaissie. Il contient plusieurs dizaines d'oxyurés.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale (à noter un petit épisode pulmonaire rapidement résolu).

OBSERVATION N° 16

S. M., âge : 10 ans. Entrée le 20 septembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : brutal, il y a 41 heures, par une douleur précise au point de Mac Burney, assez intense, et par des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée : a diminué d'intensité.

Vomissements : ne se sont pas reproduits.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 37°8.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant, — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée peu intense au point de Mac Burney.
Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

- a) Lésions constatées : on trouve un appendice libre et congestionné à sa pointe. Dans le méso on prélève deux ou trois ganglions qui présentent des signes d'inflammation subaiguë.
- b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 17

H. R., âge : 14 ans. Entré le 31 octobre 1933.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 48 heures, par des douleurs de moyenne intensité dans la fosse iliaque droite.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée minime ; elle devient soudain plus intense quelques minutes après l'examen.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée très minime au point de Mac Burney.

Toucher rectal : très douloureux à droite.

Intervention :

- a) Lésions constatées : l'appendice est coudé à sa partie moyenne par des adhérences.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 18

P. F., âge : 13 ans. Entrée le 4 janvier 1934.

Prodromes :

Souffre de maux de ventre depuis un mois.

Début : insidieux, il y a 48 heures; par des douleurs plus vives que les jours précédents. Le lendemain, l'enfant ressent une violente douleur abdominale et vomit.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : ne se sont pas reproduits.

Fonctions intestinales : régulières.

Pouls : 128.

Température : 37°8.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : simple défense de la paroi. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : Appendice en position pelvienne, sans lésion apparente.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 19

C. R., âge : 9 ans. Entrée le 13 juin 1934.

Prodromes :

Crise semblable il y a un mois, terminée par le vomissement d'un ver.

Début : insidieux, il y a trois jours, par une douleur diffuse peu intense. Une seconde crise, avec douleurs plus vives et vomissements, s'est produite 8 heures avant l'examen.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée assez intense.

Vomissements nombreux.

Pouls : 104.

Température : 38°.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : nulle. Simple nausée à la pression du cœcum.

Toucher rectal : douleur vive à la pression du Douglas (c'est le signe le plus net).

Intervention :

a) Lésions constatées : L'appendice est très long, blanchâtre, plein, et de consistance élastique. A l'ouverture de l'organe, on trouve un contenu fécolaïde à la pointe, muco-purulent à la base ; la muqueuse est blanche et épaissie. Il n'y a pas d'adhérence.

b) Technique : ni drainage, ni sérum.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 20

B. M., âge : 12 ans. Entré le 8 mars 1933.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a trois jours, par des douleurs peu intenses dans la fosse iliaque droite. Un vomissement se produit le lendemain.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée de moyenne intensité.

Vomissements : un seul.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 128.

Température : 38°4.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée assez intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : l'appendice rétro-cœcal est adhérent, long et congestionné. A la coupe de l'organe, on ne trouve pas de lésion apparente.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 21

G. R., âge : 15 ans. Entré le 27 juin 1934.

Début : insidieux, il y a quatre jours, par une douleur dans le flanc droit, non accompagnée de vomissements.

Symptômes à l'examen :

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : très vive, produite par la contraction du psoas et la pression au point de Mac Burney.

Toucher rectal : très douloureux.

Intervention :

- a) Lésions constatées : L'appendice est très adhérent dans son tiers proximal. Ouverture de l'organe : à la pointe, les parois sont épaissies et fibreuses ; à la partie moyenne, une suffusion hémorragique. Le reste paraît à peu près sain.
- b) Technique : Agrafes, pas de drainage ni de sérum de Vincent.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 22

G. B., âge : 9 ans. Entrée le 15 janvier 1934.

Début : insidieux, il y a quatre jours. Ce jour-là, l'enfant a été purgée « pour les vers ». Le lendemain, elle vomit. Le surlendemain apparition d'une douleur peu intense dans la fosse iliaque droite.

Symptôme à l'examen :

Douleur spontanée assez intense dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : ne se sont pas reproduits.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : normal.

Dyspnée : néant.

Pouls : 140 ; température : 40°1, en relation avec un foyer de broncho-pneumonie.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : assez intense et diffuse.

Toucher rectal : très douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : L'appendice est congestionné. Ses parois sont épaissies ; sa cavité est bourrée d'oxyures.

b) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

DEUXIEME GROUPE. — LÉSIONS APPENDICULAIRES
SIMPLES AVEC LIQUIDE LOUCHE
DANS LA CAVITE PERITONEALE

OBSERVATION N° 23

B. M.-R., âge : 6 ans. Entrée le 18 juillet 1932.

Prodromes :

Néant.

Début : assez brutal, il y a 5 heures, par une douleur abdominale intense.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Pouls : 130.

Température : 38°4.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contraction surtout marquée à droite. - Ballonnement : néant.

Douleur provoquée diffuse.

Intervention

- 1) Lésions constatées : présence de liquide louche dans la cavité péritonéale. L'appendice est long et turgescant.
- 2) Technique : pas de drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 24

V. G., âge : 11 ans. Entré le 16 septembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : assez brutal, il y a 5 à 6 h., par des douleurs abdominales et des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée d'intensité moyenne.

Pas de contracture, ni d'hyperesthésie cutanée, ni de ballonnement.

Intervention :

Lésions constatées : on trouve un peu de sérosité dans la cavité péritonéale. L'appendice est très congestionné et œdématié.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 25

O. M., âge : 4 ans. Entrée le 10 octobre 1935.

Prodromes :

L'enfant aurait eu une crise appendiculaire il y a trois mois.

Début : brutal, il y a 8 heures, par de très violentes douleurs abdominales (l'enfant étant constipée, la maman avait donné, la veille, du sirop de pommes reinettes).

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : constipation.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 140.

Température : 38°6.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : simple résistance à droite.

Ballonnement : néant.

Douleur provoquée d'intensité moyenne dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : douloureux. Le cul-de-sac de Douglas bombe.

Intervention :

1) Lésions constatées : présence de liquide louche dans la cavité péritonéale. L'appendice est tuméfié, blanc et ischémié dans son tiers distal, sain dans ses deux tiers proximaux.

2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 26

D. R., âge : 10 ans. Entrée le 4 avril 1935.

Prodromes :

Passé appendiculaire qui dure depuis 1 an, mais sans crise nette, caractérisé par la perte de l'appétit, une haleine fétide, des vomissements fréquents et de

l'amaigrissement. L'enfant entre dans le service avec le diagnostic d'appendicite chronique.

Début : insidieux, le 9 avril au matin, par des douleurs d'intensité moyenne dans la fosse iliaque droite.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée légère dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 100.

Température : 37°5.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture et ballonnement : néant.

Douleur provoquée peu intense dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : douloureux.

Intervention (12 heures après le début) :

Lésions constatées : présence dans le fond cœcal de liquide clair et jaunâtre. L'appendice, sous-cœcal, est amarré en profondeur.

Evolution : normale quant à l'intervention. L'état général étant défectueux, l'enfant est envoyée au Sanatorium de Grammont.

OBSERVATION N° 27

S. S., âge : 4 ans. Entrée le 22 décembre 1934.

Prodromes :

Néant.

Début : assez brutal, il y a 17 heures, par un vomissement alimentaire en fusée, et par des douleurs abdominales assez intenses.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée localisée par l'enfant dans la région précordiale.
Vomissements : 2 ou 3.
Fonctions intestinales : normales.
Facies : habituel.
Dyspnée : néant.
Pouls : 120.
Température : 37°5.
Hyperesthésie cutanée : néant.
Contracture et ballonnement : néant.
Douleur provoquée nette au point de Mac Burney.
Toucher rectal : douloureux à droite.

Intervention :

1. Lésions constatées : l'incision du péritoine provoque l'issue de liquide séro-sanguinolent. L'appendice est long et congestionné ; son mésé est court. Il n'y a pas d'adhérences.
- 2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 28

C. M., âge : 5 ans. Entré le 12 décembre 1934.

Prodromes :

L'enfant se plaignait assez souvent de souffrir du ventre.

Début : brutal, il y a 18 heures, par une lipothymie. Revenu à lui, le petit malade accuse une douleur très intense dans la région ombilicale et vomit. Avant son entrée à l'hôpital, deux lavements ont été administrés, deux nouvelles crises surviennent.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée assez intense dans la région ombilicale.

Vomissements : un ou deux.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : pâle.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 37°5.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture et ballonnement : néant.

Douleur provoquée : nette sur tout l'abdomen, avec un maximum d'intensité dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Intervention :

1) Lésions constatées : l'incision du péritoine provoque l'issue de liquide citrin non purulent. L'appendice est fixé à la paroi abdominale postérieure par de nombreuses adhérences.

2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : apparition sept jours après l'intervention, d'un hématome important qui se vide en écartant les lèvres de la plaie.

OBSERVATION N° 29

R. R., âge : 9 ans. Entrée le 27 octobre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 20 heures, par des malaises suivis, 10 heures après, de vomissements persistants.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée diffuse et légère.

Vomissements : nombreux.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 104.

Température : 37°7.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture et ballonnement : néant.

Douleur provoquée assez intense dans la région du Mac Burney.

Intervention :

1) Lésions constatées : on trouve un peu de liquide d'ascite. L'appendice est long, rouge, sans lésions macroscopiques.

2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 30

L. G., âge : 4 ans. Entré le 20 novembre 1933.

Début : insidieux, il y a 24 heures, par des douleurs abdominales non localisées et peu intenses.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée diffuse, périombilicale surtout.

Un vomissement verdâtre.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : injecté.

Dyspnée toxique.

Pouls : 130, puis 96.

Température : 38°5, puis 37°6.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture : un peu de tension à droite.

Intervention :

1) Lésions constatées : on trouve du liquide dans la cavité péritonéale. L'appendice est long, coudé ; sa pointe est blanchâtre. A l'ouverture : 3 points de folliculite intense.

2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 31

R. A., âge : 6 ans, Entré le 29 décembre 1933.

Prodromes :

Grippe avec foyer broncho-pneumonique depuis 8 jours.

Début : il y a 36 heures. N'a pu être précisé.

A l'examen, le toucher rectal est très douloureux.

Les signes appendiculaires sont nets.

Intervention :

1) Lésions constatées : présence de liquide louche dans la cavité péritonéale. L'appendice est congestionné, mais non adhérent.

2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 32

R. G., âge : 11 ans. Entrée le 18 août 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : il y a 48 heures : la jeune malade arrive dans le service avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense, qui persiste depuis le début de la crise.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : normal.

Dyspnée : néant.

Pouls : 90.

Température : 37°.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture : légère défense à droite.

Douleur provoquée, assez intense dans la fosse iliaque droite.

Intervention :

Lésions constatées : un peu de liquide dans le péritoine.

L'appendice, libre, a ses parois épaissies ; on trouve un cil à son extrémité.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 33

H. C., âge : 10 ans. Entrée le 14 juillet 1932.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a quatre jours, par des douleurs vagues, suivies le surlendemain de vomissements et de douleurs plus intenses.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée peu intense.

Vomissements : peu nombreux.

Fonctionnement intestinal : régulier.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 128.

Température : 38°.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture : défense musculaire dans la fosse iliaque droite.

Douleur provoquée intense dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Intervention :

1) Lésions constatées : on trouve dans la cavité péritonéale un liquide bouillon sale. L'appendice, jaune verdâtre, est richement vascularisé et coudé à sa partie moyenne. Son méso est très court. On trouve un abcès à l'intérieur de l'organe.

2) Technique : on place un petit drain dans la fosse iliaque droite. Sérum antigangréneux.

Evolution : normale.

*TROISIEME GROUPE : LESIONS APPENDICULAIRES
SIMPLES AVEC LIQUIDE SERO-PURULENT
DANS LA CAVITE PERITONEALE*

OBSERVATION N° 34

R. J., âge : 13 ans. Entré le 7 avril 1933.

Prodromes :

Néant.

Début : assez brutal, il y a 24 heures, par des douleurs intenses dans la fosse iliaque droite et par des vomissements.

Symptômes à l'examen :

La douleur spontanée a persisté.

« Le diagnostic d'appendicite aiguë est évident ».

Intervention :

1) Lésions constatées : on trouve du liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. La pointe de l'appendice, qui est en position rétro-colique, remonte au voisinage du foie. Nombreuses fausses membranes. A l'ouverture de l'organé, on trouve du pus.

2) Technique : pas de drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 35

S. P., âge : 2 ans. Entré le 26 juillet 1935.

Début : insidieux, il y a 60 heures, par une tumeur inguinale gauche douloureuse. Il n'y a pas d'autre signe anormal.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée à peu près nulle.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Température : 38°6.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contraction et ballonnement : néant.

Intervention (pour cure radicale de hernie) :

1) Lésions constatées : au cours de l'intervention, on constate que le sac herniaire est déshabité et couvert de débris de fibrine jaunâtre avec un peu de liquide séro-purulent. Les anses intestinales sont intactes. L'exploration du bassin et de la cavité pelvienne est négative. L'opérateur fait alors une incision de Mac Burney et découvre un appendice long, gros comme un appendice d'adulte ; son méso est épais et couvert d'une plaque de fibrine. Ces lésions font penser que l'appendice devait primitivement se trouver dans le sac herniaire gauche, et qu'il s'agit d'une péritonite localisée dans le sac de la hernie inguinale et provoquée par une appendicite aiguë.

2) Technique : un drain est placé dans l'orifice herniaire dont le sac a été réséqué. L'appendicectomie a été pratiquée.

Evolution : normale, après une suppuration banale.

QUATRIEME GROUPE : LESIONS APPENDICULAIRES
SIMPLES AVEC PUS DANS LA CAVITE PERITONEALE

OBSERVATION N° 36

S. N., âge : 10 ans. Entrée le 5 septembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a cinq jours, par des douleurs peu intenses dans la fosse iliaque droite, des vomissements et de la constipation.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée plus intense.

Vomissements : ils ont cessé.

Fonctions intestinales : émission d'une selle depuis le début de la crise.

Pouls : 120.

Température : 38°4.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture dans la fosse iliaque droite, défense musculaire à gauche.

Douleur provoquée d'intensité moyenne en un point bas situé.

Intervention

- 1) Lésions constatées : l'appendice, en position pelvienne, est fixé ; sa pointe est dégagée avec de grandes difficultés. Tout autour se trouve une poche de pus fétide.

- 2) Technique : on place un drain dans le pelvis, par lequel on verse du sérum de Vincent et du sérum antigangréneux.

Evolution : Un peu de pus est secrété par la plaie les jours suivants. Puis l'état s'améliore et l'évolution est normale.

CINQUIEME GROUPE : APPENDICES GANGRENES ET PERFORES

OBSERVATION N° 37

C. R. Entre le 25 janvier 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : brutal, il y a 19 heures, par une douleur très intense dans la fosse iliaque droite et par de nombreux vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée, dans la fosse iliaque droite : a diminué d'intensité.

Vomissements : ont persisté.

Fonctions intestinales : normales.

Facies : congestionné.

Dyspnée : néant.

Pouls : 100.

Température : 37°5.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : légère défense dans l'hypochondre droit.

Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : légère et diffuse.

Toucher rectal : très légère douleur à droite.

Intervention :

Lésions constatées : Seule, la pointe de l'appendice est rouge sur 1 cm, environ et même brunâtre sur la moitié de sa surface. Une légère fausse membrane lui adhère. A l'ouverture de l'organe issue de pus franc, enkysté dans la pointe. La perforation était imminente.

Evolution : Suites normales.

OBSERVATION N° 38

B. R., âge : 5 ans. Entre le 1^{er} février 1934.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 24 heures, par des douleurs abdominales légères suivies de vomissements. Un lavement a été administré.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée, légère.

Vomissements : nombreux.

Fonctions intestinales : constipation.

Facies : congestionné.

Dyspnée : néant.

Pouls : 150.

Température : 38°.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : défense musculaire à droite.

Ballonnement : Néant.

Douleur provoquée intense au point de Mac Burney.
Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

- a) Lésions constatées : Issue de liquide louche à l'incision du péritoine. L'appendice est adhérent par sa pointe et gangrené à sa base où l'on trouve un calcul.
- b) Technique : Gros drain dans le cul-de-sac de Douglas.
Sérum de Vincent.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 39

P. J., âge : 10 ans. Entré le 24 avril 1935.

Prodromes :

Long passé digestif et respiratoire, caractérisé par des indigestions fréquentes et une poussée annuelle de broncho-pneumonie.

Début : insidieux, il y a 24 heures, par des douleurs abdominales d'intensité moyenne, survenues en pleine poussée broncho-pneumonique, et suivies de vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée légère dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : nombreux.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : altéré, grippé.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 39°.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : simple, résistance à droite. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée intense au point de Mac Burney.

Toucher rectal : nettement douloureux à droite. Quatre heures plus tard, avant l'intervention, l'examen abdominal est complètement négatif. Sur la foi du premier examen, on décide d'opérer.

Intervention :

a) Lésions constatées : On trouve du pus bien lié dans la cavité péritonéale. L'appendice est libre, son tiers proximal est sain, son tiers distal du volume et de la couleur d'une olive noire. Donc : gangrène appendiculaire en voie de perforation.

b) Technique : Un drain est placé dans le Douglas ; on ferme la paroi autour de ce drain. Sérum de Vincent. Sérum artificiel. Solu camphre.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 40

A. D., âge : 14 ans. Entrée le 26 avril 1935.

Prodromes :

Une crise, un mois et demi plus tôt, a coïncidé avec l'apparition des règles. Caractérisée par des vomissements, des douleurs abdominales et de la constipation, elle a cédé par la glace.

Début : insidieux, il y a 27 heures, par des douleurs au creux épigastrique et quelques vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée assez intense.

Vomissements : n'ont pas persisté.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 130.

Température : 38°5.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : Dès l'ouverture du péritoine, issue de pus. L'appendice rétro-cœcal est adhérent dans sa moitié, proximale, purulent et sphacélé dans sa moitié distale.

b) Technique : un drain dans le Douglas. Trois mèches dans la cavité abdominale. Drain et mèches sont imbibés de sérum antigangréneux.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 41

J. Y., âge : 15 ans. Entrée le 24 septembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 28 heures, par un vomissement suivi, 2 heures après, d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite, et de 4 à 5 selles diarrhéiques.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée intense dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : 3 à 4 depuis le début.

Fonctions intestinales : 4 à 5 selles diarrhéiques.

Facies : normal.

Dyspnée : néant.

Pouls : 100.

Température : 38°2.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : généralisée (surtout marquée en bas et à droite). — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : intense et diffuse.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : Liquide citrin, puis bouillon sale à l'incision du péritoine. L'appendice, dont le volume est celui d'une anse grêle, est couleur aubergine, à sa partie moyenne, perforation, en voie de se faire. L'épiploon est violacé. Ouverture de l'organe : calcul stercoral et bouillie brunâtre, muqueuse gangrénée.

b) Technique : Après intervention : toni-cardiaques, sérum artificiel, sérum de Vincent, sérum antigangreneux.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 42

S. M., âge : 13 ans. Entrée le 15 mai 1933.

Prodromes :

Néant.

Début : brutal, il y a 32 heures, par une douleur très violente généralisée à tout l'abdomen, accompagnée d'une température à 39°, suivie d'un vomissement porracé et qui est allée en s'atténuant.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée très légère.

Vomissements : un seul, porracé.

Fonctions intestinales : régulières.

Pouls : 84 à 104.

Température : 37°5.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée intense, très localisée au point de Mac Burney.

Toucher rectal : peu douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : dans la cavité péritonéale, on trouve une petite quantité de liquide séro-purulent. L'appendice est gros, rouge. A son extrémité distale, on trouve un abcès de la grosseur d'un pois et une plaque de gangrène un peu plus bas.

b) Technique : Pas de drainage. Pas de sérum de Vincent. Suture en trois plans. Agrafes.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 43

D. J., âge : 4 ans. Entré le 4 juin 1932.

Prodromes :

Néant.

Début : il y a 36 heures, par des douleurs abdominales qui s'accroissent le lendemain et sont alors accompagnées d'un vomissement.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée peu intense.

Vomissement : un seul.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : rapide et bien frappé.

Température : 39°2.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : généralisée. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : diffuse, mais plus intense dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

a) Lésions constatées : A l'ouverture du péritoine, issue de pus fétide. L'appendice est gros, turgescant et recouvert de plaques de sphacèle. La pointe est perforée.

b) Technique : Mise en place d'un gros drain et d'une mèche dans la fosse iliaque. Sérum antigangréneux.

Evolution : Suppuration longue à tarir.

OBSERVATION N° 44

G. R., âge : 9 ans. Entré le 16 mars 1934.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a 38 heures, par des douleurs peu intenses dans la fosse iliaque droite de la céphalée et des vomissements. L'enfant est constipé depuis trois jours.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée, diffuse et intense.

Vomissements : ont cessé.

Fonctions intestinales : constipation.

Facies : grippé.

Dyspnée : néant.

Pouls : 140.

Température : 39°3.

Hyperesthésie cutanée constatée nettement.

Contracture surtout marquée dans la fosse iliaque droite. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée très intense dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : Le cul-de-sac de Douglas est bombé, empâté et douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : Un flot de liquide tantôt bouillon sale, tantôt purulent et fétide, fait issue après ouverture de la cavité péritonéale. Nombreuses fausses membranes. L'appendice est gros, violacé, gangréné et perforé à sa partie moyenne.

b) Technique : sérum antigangréneux.

Evolution : Agitation et délire pendant les 48 heures qui ont suivi l'intervention. Puis ces symptômes s'amendent et l'évolution se fait normalement vers la guérison.

OBSERVATION N° 45

T. M., âge : 14 ans. Entré le 29 septembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : assez brutal, il y a 40 heures, par des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements. Une purge est administrée.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée très intense dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : nombreux.

Fonctions intestinales : constipation.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 40°.

Hyperesthésie cutanée, contracture et ballonnement : néant.

Toucher rectal : douloureux, mais sans excès.

Intervention :

1) Lésions constatées : on trouve dans la cavité abdominale du pus abondant, séreux, avec des grumeaux fibrineux. L'appendice, en position pelvienne, est gangréné et perforé sur toute sa moitié distale ; sa moitié proximale est saine. La gangrène a débordé sur le méso.

2) Technique : on place un Mikulicz avec quatre mèches. On injecte : 40 cc. de sérum antigangréneux ; 20 cc. de sérum de Vincent.

Evolution : bonne. Il faut signaler un choc anaphylactique suivi d'une éruption sérique.

OBSERVATION N° 46

G. P. Entré le 22 août 1935.

Prodromes :

Indigestions et nausées fréquentes.

Début : brutal, il y a 48 heures, par des douleurs abdominales intenses, suivies de plusieurs vomissements.

Symptômes à l'examen :

- Douleur spontanée intense et diffuse.
- Vomissements : peu nombreux.
- Fonctions intestinales : régulières.
- Facies : normal.
- Pouls : 140.
- Température : 40°.
- Hyperesthésie cutanée : néant.
- Contracture abdominale nette. Il y a du ballonnement.
- Douleur provoquée, intense et diffuse.
- C'est le tableau d'une péritonite généralisée. Mais les prodromes font penser à l'origine appendiculaire.

Intervention :

- 1) Lésions constatées : on trouve du pus abondant et fétide dans la cavité abdominale. L'appendice est gangréné en masse. Sur les dernières anses grêles, on voit des plaques de fibrine.
- 2) Technique : on place un Mikulicz à droite. Après avoir changé de gants et d'instruments, l'opérateur incise la fosse iliaque gauche, de laquelle s'échappe une grande quantité de pus. Un drain est placé dans lequel on verse du sérum antigangréneux. Par voie sous-cutanée, on injecte du sérum antigangréneux et du sérum de Vincent.

Evolution : le malade est emporté mourant le lendemain soir.

OBSERVATION N° 47

R. J., âge : 7 ans. Entré le 10 décembre 1931.

Prodromes :

Néant.

Début : il y a 52 heures, par des douleurs dans la fosse iliaque droite et par des vomissements.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée, peu intense, dans la fosse iliaque droite.

Vomissements : ont cessé.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 100.

Température : 38°.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture peu nette.

Douleur provoquée peu intense au point de Mac Burney.

Intervention :

1) Lésions constatées : à l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide légèrement louche. L'appendice, rétro-cœcal, est congestionné et augmenté de volume. A l'ouverture de l'organe, on constate du pus et des placards de gangrène dans sa portion terminale.

2) Technique : suture sans drainage.

Evolution : normale.

OBSERVATION N° 48

D. J., âge : 13 ans. Entré le 24 juin 1935.

Début : brutal, il y a 64 heures, par des douleurs très intenses localisées dans le bas-ventre, qui ont disparu pendant 12 heures, et qui ont réapparu quelques heures après. Un médecin, consulté, diagnostique une crise appendiculaire aiguë et conseille l'hospitalisation. Celle-ci ne se fera que 48 heures plus tard, l'enfant ne souffrant presque plus.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée diffuse, peu intense.

Voissements : néant ; des nausées seulement.

Fonctions intestinales : diarrhée.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Ballonnement : très léger.

Contracture de la fosse iliaque droite, de l'hypogastre et de la fosse iliaque gauche.

Douleur provoquée très intense dans la fosse iliaque droite.

Intervention :

- 1) Lésions constatées : dans la cavité péritonéale, autour de l'appendice surtout, on trouve un liquide sanieux et fécaloïde. L'appendice, énorme et tendu transversalement de la fosse iliaque droite à la gauche, est gangréné : son méso est énorme avec des vaisseaux thrombosés.
- 2) Technique : deux contre-ouvertures (l'une sus-pubienne, l'autre dans la fosse iliaque gauche), sont pratiquées. Un Mikulicz est placé à droite, avec un drain au-dessus et un drain au-dessous. Un drain

sus-pubien plonge dans le Douglas. Enfin, un dernier drain est placé dans la fosse iliaque gauche. Par l'intermédiaire de ces drains, on verse du sérum antigangréneux. Pas de suture.

Evolution : Décès survenu 20 heures plus tard, après une nuit agitée.

OBSERVATION N° 49

C. G., âge : 11 ans. Entrée le 29 octobre 1934.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a trois jours, par une douleur abdominale légère.

Symptômes à l'examen :

Douleur spontanée à peu près nulle.

Vomissements : néant.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 136.

Température : 38°4.

Hyperesthésie, contracture et ballonnement : néant.

Douleur provoquée peu intense au point de Mac Burney

Toucher rectal : Le cul-de-sac de Douglas est légèrement sensible.

Intervention :

- 1) Lésions constatées : appendice rétro-cœcal et adhérent. En libérant ces adhérences, une brèche se produit sur l'appendice, et il s'écoule du pus et des

matières fécales. Cette perforation était-elle faite ou en voie de se faire ?

- 2) Technique : un drain dans le Douglas. Deux grosses mèches dans la fosse iliaque, repoussant le cœcum en dedans.

Evolution : normale. Cicatrice adhérente.

OBSERVATION N° 50

M. A., âge : 14 ans. Entré le 6 novembre 1934.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a trois jours, par un vomissement.

Des purges, puis un lavement sont administrés les jours suivants au cours desquels des douleurs abdominales apparaissent.

Symptômes à l'examen :

Facies : plombé.

Pouls : 115.

Température : 38°2.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture invincible dans les deux fosses iliaques.

Toucher rectal : le Douglas est douloureux et paraît rempli de liquide.

Intervention :

- 1) Lésions constatées : on trouve du pus jaune et bien lié dans la cavité péritonéale. L'appendice est adhérent au cœcum et recourbé. Une perforation siège à 2 cm. de son point d'implantation.

- 2) Technique : deux drains et un Mikulicz sont placés. On verse du sérum de Vincent.

Evolution : bonne.

OBSERVATION N° 51

P. S. Entrée le 7 mars 1932.

Prodromes :

Douleurs abdominales assez fréquentes.

Début : peu brutal, il y a quatre jours, par des douleurs abdominales, des vomissements et de la constipation. Des lavements répétés sont donnés.

Symptômes à l'examen :

Facies : péritonéal.

Pouls : misérable.

Température : 40°.

Hyperesthésie cutanée et ballonnement : néant.

Contracture dans toute la région sous-ombilicale.

Douleur provoquée : sensation de plastron à droite.

Toucher rectal : douloureux.

Intervention :

- 1) Lésions constatées : masse abondante de pus dans la cavité péritonéale. L'appendice, turgescent, est recouvert de plaques de sphacèle. Le Douglas est rempli de pus.
- 2) Technique : un gros drain dans le Douglas, mèches dans la fosse iliaque, suture lâche, sérum antigangréneux.

Evolution : péritonisme, fistule stercorale.

OBSERVATION N° 52

L. H., âge : 4 ans. Entré le 24 juin 1934.

Début : il y a quatre jours, par des douleurs abdominales et des vomissements ayant cessé les jours suivants pour réapparaître au quatrième.

Symptôme à l'examen :

Douleur : spontanée, diffuse.

Vomissements : nombreux.

Pouls : 150.

Température : 38°2.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : généralisée. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : diffuse, surtout marquée dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Le diagnostic de péritonite est évident. Origine appendiculaire probable.

Intervention :

a) Lésions constatées : pus jaune vert en quantité importante dans la cavité péritonéale. Fausses membranes. L'appendice, adhérent, est perforé à sa partie moyenne.

b) Technique : gros drain placé dans le Douglas. On n'a pas pu placer un Mikulicz. Plaie laissée ouverte. Sérum de Vincent par voie sous-cutanée. Sérum antigangréneux dans la plaie. Septicémine. Glace sur le ventre.

Evolution : petite fistule stercorale.

OBSERVATION N° 53

S. H., âge : 13 ans. Entré le 4 août 1933.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a quatre jours, par des douleurs abdominales diffuses et des vomissements persistants. Un lavement a été administré au troisième jour.

Symptômes à l'examen :

Douleur : spontanée péri-ombilicale, peu intense.

Vomissements : nombreux alimentaires, puis porracés.

Fonctions intestinales : selles diarrhéiques fétides.

Facies : prostré.

Pouls : 100.

Température : 39°3.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : néant, mais le ventre ne respire pas.

Ballonnement : généralisé.

Douleur provoquée : diffuse, peu intense.

Toucher rectal : négatif.

L'état général grave contraste avec l'état local.

Intervention :

a) Lésions constatées : lésions de péritonite aiguë sur les anses intestinales. Présence de pus dans les deux fosses iliaques. L'appendice est complètement amputé. Section circulaire de son implantation cœcale. Sa pointe est également sectionnée.

b) Technique : un Mikulicz est mis en place.

Evolution : décès survenu 9 heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 54

O. L., âge : 13 ans. Entré le 28 août 1933.

Début : assez brutal, il y a quatre jours, par de violentes coliques et par des vomissements. Dans les jours qui suivent : constipation. Douleurs et vomissements persistent. Une purge est ordonnée le premier jour.

Symptômes à l'examen :

Douleur : spontanée, intense et diffuse.

Vomissements : nombreux.

Fonctions intestinales : constipation.

Hyperesthésie cutanée : néant ; contracture nette ; ballonnement net.

Douleur provoquée : intense et diffuse.

Toucher rectal : le cul-de-sac de Douglas bombe et est très douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : à l'ouverture du péritoine, issue de pus fétide et jaunâtre. Anses intestinales recouvertes de placards de fibrine. L'appendice en position pelvienne, est brunâtre, friable et gangréné. Il est perforé en son milieu et à sa pointe. A l'intérieur, deux calculs stercoraux.

b) Technique : gros drain dans le Douglas. Trois mèches imbibées de sérum antigangréneux. Paroi non refermée.

Evolution : Emporté mourant par sa famille.

OBSERVATION N° 55

P. J., âge : 5 ans. Entré le 30 mars 1933.

Prodromès :

Néant.

Début : insidieux, il y a cinq jours, par des douleurs abdominales qui ont rapidement rétrogradé pour reprendre au quatrième jour et augmenter d'intensité.

Symptômes à l'examen :

Douleur : spontanée intense.

Vomissements : deux, survenus au cinquième jour.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : habituel.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120.

Température : 39°6.

Contracture : généralisée. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : généralisée, plus marquée à droite.

Toucher rectal : très douloureux.

Intervention :

a) Lésions constatées : on trouve dans la cavité péritonéale, du liquide séro-purulent. L'appendice rétro-cœcal est gangréné et perforé vers sa base à 1 cm. 1/2 de son implantation, un calcul en amont.

b) Technique : gros drain dans le Douglas. Mèche dans la fosse iliaque. Pas de suture. Sérum antigangréneux : par le drain, par voie cutanée.

Evolution : normale. A noter une désunion de la cicatrice.

OBSERVATION N° 56

L. J., âge : 11 ans. Entrée le 13 juin 1934.

Début : peu brutal, il y a huit jours, par des douleurs épigastriques assez intenses et des vomissements. Ces symptômes persistent pendant cinq jours, puis cessent, pour reprendre au septième jour. Un lavement a été administré chaque jour.

Symptômes à l'examen :

Douleur : spontanée diffuse.

Vomissements : peu nombreux.

Pouls : 124.

Température : 38°8.

Hyperesthésie cutanée : néant.

Contracture : ventre de bois. — Ballonnement : néant.

Douleur provoquée : diffuse.

Toucher rectal : n'a pas été pratiqué.

Intervention :

- a) Lésions constatées : présence de pus grisâtre dans la cavité péritonéale. L'appendice adhère au cœcum par son méso court, épais et friable ; sa pointe est libre ; une perforation siège près de la pointe.
- b) Technique : gros drain, quatre mèches dans la fosse iliaque droite. Faisceau de crins dans le tissu sous-cutané. Suture des extrémités de la plaie. Sérum antigangréneux. Sérum de Vincent.

Evolution : une sécrétion purulente abondante s'établit. La fistule ne paraît pas communiquer avec l'intestin et persiste pendant un mois et demi.

OBSERVATION N° 57

V. T., âge : 13 ans. Entrée le 20 septembre 1935.

Prodromes :

Néant.

Début : insidieux, il y a neuf jours, par des douleurs abdominales d'intensité moyenne et par des vomissements abondants. Ces symptômes ont persisté.

Symptômes à l'examen :

Douleur : spontanée légère.

Vomissements : ont persisté.

Fonctions intestinales : régulières.

Facies : grippé.

Dyspnée : néant.

Pouls : 120 à 130.

Température : 39°.

Hyperthésie cutanée : néant.

Contracture : légère. — Ballonnement : néant.

Toucher rectal : empâtement pelvien bilatéral.

Intervention :

- a) Lésions constatées : à l'ouverture de la cavité péritonéale, issue de liquide séro-purulent. Dans un volumineux abcès, on découvre l'appendice sphacèle et perforé en plusieurs points.
- b) Technique : on lave au sérum antigangréneux et anticolibacillaire. Un gros drain est placé.

Evolution : suppuration abondante et fétide de la paroi, suivie d'une phlébite du membre inférieur gauche. La suppuration se tarit un mois environ après l'intervention. Un mois plus tard encore, des symptômes graves de péritonite se déclarent, probablement à la suite d'une alimentation intempestive (qui avait été défendue). L'enfant est emporté par la famille : état préagonalique.

CHAPITRE II

ETUDE DES SYMPTOMES

L'examen attentif de ces cinquante-sept observations nous a permis d'exposer les remarques suivantes sur l'aspect clinique de la crise appendiculaire.

I. — LES PRODROMES

DIEULAFOY l'avait fort justement remarqué, les prodromes sont rares. Dans dix-sept de nos observations, nous avons pu noter leur existence. Ils consistent le plus souvent en douleurs abdominales ou indigestions fréquentes. Mais il faut remarquer que, dans ces dix-sept cas, il s'en trouve huit où les prodromes sont constitués par des crises antérieures ou par des symptômes ayant fait poser le diagnostic d'appendicite chronique.

Le début de la crise est fort variable ; ce sont parfois des symptômes digestifs légers, plus ou moins caractérisés, ou bien des douleurs insidieuses nettement localisées ou non, ou enfin des phénomènes douloureux intenses et facilement individualisés.

II. — LES SYMPTOMES FONCTIONNELS

1° *La douleur spontanée* : C'est, en effet, par des phénomènes douloureux que se fait le plus souvent l'entrée en scène de l'appendicite. C'est l'élément primordial, le signe clinique le plus fidèle. Seule, l'observation N° 15 montre avec netteté son absence (mais la pression au point de Mac Burney provoquait de la douleur). Nous l'avons trouvée vingt-deux fois diffuse, dix-neuf fois localisée dans la fosse iliaque droite, quatre fois localisée à l'épigastre, deux fois à gauche, deux fois au flanc droit et deux fois autour de l'ombilic ; dans deux cas, la douleur n'avait aucun siège précis. (A ce sujet, nous nous permettons de signaler le cas suivant observé par M. le Professeur ETIENNE, dans sa clientèle privée : il s'agit d'une crise aiguë chez un adulte, ayant débuté par une douleur spontanée, siégeant dans l'hypochondre gauche. La palpation abdominale n'éveilla aucune douleur ; mais le toucher vaginal permit de sentir un appendice en position pelvienne droite, et de provoquer une douleur très nette localisée à chaque pression, par la malade, uniquement dans l'hypochondre gauche).

Son caractère évolutif, envisagé depuis le début de la crise jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, est assez variable : l'intensité de la douleur a été continue chez dix-neuf malades, elle a diminué chez neuf, a diminué puis est reparue chez sept, a augmenté chez quatre, a diminué, est revenue puis a de nouveau diminué chez trois ; enfin, elle a complètement disparu chez deux malades.

L'intensité de cette douleur spontanée, observée au moment de l'examen à l'hôpital, est donc très variée :

19 malades ont accusé une douleur peu intense ;

22 malades une douleur d'intensité moyenne ;

8 une douleur très intense ; et, enfin

3 malades, dont un seulement avec netteté (obs. N° 15) n'ont ressenti aucune douleur.

2° *Vomissements* : Ils accompagnent fréquemment la douleur spontanée ; nous les avons notés chez 42 de nos malades. Cependant, ils n'ont pas le même caractère pathognomonique puisque nous avons pu 9 fois mettre en évidence leur absence certaine. Ils constituent parfois — mais rarement — le symptôme initial ; le plus souvent, c'est la douleur qui apparaît la première et qui est suivie de vomissements. Ils sont toujours précédés et suivis de nausées. Deux malades ont accusé des nausées sans vomissements. Leur nombre est fort variable : depuis un seul, deux, trois ou quatre, survenant au début de la crise et ne se reproduisant pas, jusqu'à des vomissements ayant persisté jusqu'au moment de l'intervention.

Enfin leur caractère peut également varier ; toutefois, ils sont le plus souvent alimentaires ; un seul des malades a eu des vomissements « verdâtres » et deux seulement des vomissements nettement porracés.

3° *Fonctions intestinales* : Contrairement à ce qui est enseigné, nous avons remarqué qu'elles étaient régulières chez la plupart des malades : six d'entre eux seulement étaient constipés et trois ont eu de la diarrhée.

III. — LES SYMPTOMES GÉNÉRAUX

1° *Facies et dyspnée* : Il y a peu de remarques à faire à leur sujet ; le plus souvent, en effet, le facies n'a pas changé, et le rythme respiratoire est régulier et normal. Les seules modifications que nous avons pu noter sont les suivantes :

Le facies : 4 fois grippé, 3 fois congestionné, 2 fois péri-tonéal et 1 fois pâle.

La dyspnée n'a été observée que chez deux malades.

2° *Pouls et température* : Les remarques que nous avons faites concernent uniquement le pouls et la température pris à l'entrée du malade à l'hôpital. Le pouls est toujours accéléré ; une seule fois, il était à peu près normal : 85. Dans tous les autres cas, il oscillait entre 90 et 150.

La température a été trouvée 10 fois entre 37° et 37°5 ; dans les autres cas, elle allait de 37°5 à 40°.

Enfin, chez 15 malades, nous avons pu noter une dissociation entre le pouls et la température, celle-ci étant peu élevée, comparée à la rapidité de celui-là. Nous ne voulons cependant pas affirmer que les chiffres du pouls aient une valeur très exacte, car nos observations sont des observations d'enfants, plus particulièrement impressionnés que les adultes par l'arrivée du médecin, et dont les cris ou les pleurs ont une influence accélératrice certaine sur le rythme cardiaque.

IV. — SYMPTOMES PHYSIQUES

1° *Hyperesthésie cutanée* : Elle n'a été observée que chez deux malades seulement.

2° *Contracture* : Nous signalons d'abord que 27 malades, c'est-à-dire presque la moitié, ont eu un abdomen parfaitement et totalement souple.

Parmi les autres : 13 ont accusé une simple défense musculaire à la palpation, 9 une contracture diffuse à tout l'abdomen, 4 une contracture localisée dans la fosse iliaque droite, et 2 une contracture localisée dans les fosses iliaques droite et gauche.

3° *Ballonnement* : Comme pour l'hyperesthésie, nous n'avons pu noter que 2 fois sa présence.

1° *Douleur provoquée* : Nous avons noté la douleur provoquée par la palpation abdominale, et la douleur provoquée par le toucher rectal.

a) *Par la palpation abdominale* : Chez 18 malades, la douleur a été trouvée électivement au point de Mac Burney, et chez 11 la douleur s'étendait à toute la fosse iliaque droite, 15 fois la palpation a révélé une douleur diffuse, mais il faut noter que 6 fois le maximum de douleur siégeait à droite. Enfin, nous avons trouvé la douleur une fois à gauche, et une fois périombilicale.

L'étude de son intensité nous a amené aux faits suivants : 2 fois la palpation n'a éveillé aucune douleur (dans l'un de ces deux cas, la pression profonde provoquait des nausées) ; 9 fois une douleur peu intense, 30 fois une douleur d'intensité moyenne et, enfin, 5 fois seulement une douleur très intense.

b) *Par le toucher rectal* : Il a été positif presque chaque fois qu'il a été recherché ; en effet, nous l'avons trouvé 29 fois douloureux et 2 fois non douloureux.

CHAPITRE III

COMPARAISON DES SYMPTOMES AVEC LES LÉSIONS CONSTATÉES

Le chapitre précédent a exposé simplement les faits résultant de l'étude attentive des observations et nous a permis de mettre en lumière cette notion, que les divers symptômes ne sont pas des signes constants, retrouvés à l'occasion de toute crise appendiculaire, mais qu'au contraire il y a des signes cliniques divers et variables qui ne traduisent nullement le tableau riche et complet décrit dans les livres d'études. On conçoit donc le danger auquel peut s'exposer le praticien s'il attend, pour poser le diagnostic d'appendicite aiguë, de retrouver chez le malade la douleur spontanée et provoquée, les vomissements, la contracture abdominale, l'hyperesthésie cutanée, etc...

La preuve en est encore fournie par l'examen des lésions anatomiques de l'appendice comparées aux symptômes cliniques. De cet examen, résulte la constatation suivante : il n'y a aucune concordance entre symptômes et

lésions. En effet, le chirurgien trouve souvent une symptomatologie bruyante, et ne découvre à l'intervention que des lésions minimales ; par contre, et le plus souvent, il constate à l'examen des signes peu nombreux et peu intenses, et sectionne un appendice sphacélé, gangréné et perforé ayant rempli de pus la cavité péritonéale.

Pour illustrer cette constatation avec une grande netteté, nous avons relevé quelques observations parmi les autres :

L'observation N° 4 nous montre une fillette, âgée de 8 ans, qui est entrée dans le service 6 heures après le début de sa crise. Elle se plaint d'une douleur abdominale intense et diffuse et a vomit plusieurs fois. A l'examen, le facies est normal, mais il y a de la dyspnée ; le pouls bat à 140, et la température est à 39°7 ; on ne note pas de contracture, mais de la résistance musculaire. La palpation abdominale révèle une douleur diffuse, cependant plus marquée dans les deux fosses iliaques, et le toucher rectal réveille de la douleur à la pression du Douglas. L'opérateur a constaté un appendice long, mais d'apparence saine, décrivant plusieurs contours à angles très aigus. Suture sans drainage, disparition de tous les symptômes.

L'observation N° 18 nous montre également une fillette, âgée de 13 ans, dont la crise a débuté 48 heures plus tôt. Elle accuse une douleur spontanée intense dans la fosse iliaque droite ; des vomissements se sont produits dans le courant de la crise. Le pouls est de 128 et la température à 37°8. A la palpation abdominale, la main perçoit de la défense musculaire, et le toucher rectal est douloureux. A l'opération, on constate un appendice en position pelvienne, sans lésion apparente. Suture sans drainage, disparition de tous les symptômes.

Ces deux observations prouvent avec évidence qu'à de symptômes nombreux et accusés peuvent correspondre, cependant, des lésions minimes.

Les observations qui vont suivre montreront, au contraire, que des signes bénins peuvent cacher un état anatomique fort grave :

L'observation N° 27 présente une fillette âgée de 4 ans, dont le début de la crise, remontant à 17 heures, a consisté en un vomissement en fusée et en douleurs abdominales assez intenses. A l'entrée à l'hôpital, l'enfant n'accuse que de vagues douleurs précordiales. La température est normale, le pouls à 120. Enfin, il existe une douleur nette au point de Mac Burney et le toucher rectal est douloureux à droite. Tels sont les seuls symptômes. Or, dès l'incision du péritoine, du liquide séro-sanguinolent fait issue ; l'appendice est long et congestionné.

L'observation N° 42 est celle d'une fillette de 13 ans qui a commencé sa crise par une très violente douleur diffuse, accompagnée d'une température à 39, et suivie d'un vomissement porracé. Mais, à l'examen, 32 heures plus tard, les seuls signes relevés sont : une douleur spontanée très légère, une température à 37°5, un pouls qui bat entre 84 et 104, une douleur provoquée intense au Mac Burney, et un toucher rectal peu douloureux. L'intervention permet de constater la présence de liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale ; dans l'appendice, gros et rouge, on trouve un abcès et une plaque de gangrène.

L'observation N° 57 : fillette de 13 ans dont la crise a débuté, il y a 9 jours, par des douleurs abdominales et des vomissements, signes qui ont persisté. A l'hôpital, on ne note qu'une douleur spontanée légère, un facies grippé, un pouls à 120, une température à 39°, et simplement de la défense musculaire. Or, dans la cavité péritonéale, se trouvait du liquide séro-purulent, et l'appendice, situé au

milieu d'un volumineux abcès pelvien, était sphacélé et perforé en plusieurs points.

Nous rapportons également le cas suivant, qui ne se trouve pas parmi nos observations, mais que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur ETIENNE.

Un jeune garçon de 13 ans prend part, tout un dimanche, à une sortie d'éclaireurs. Le lundi : diarrhée. Le mardi matin, il va au Lycée, et, à 11 heures, en rentrant chez lui, il est pris par une douleur abdominale en coup de poignard en même temps qu'apparaissent les autres signes classiques de la crise appendiculaire aiguë. L'intervention chirurgicale pratiquée d'urgence à 19 heures montra qu'il s'agissait d'une péritonite en voie de généralisation, et consécutive à la rupture d'un abcès péri-appendiculaire, limité par l'épiploon. En réalité, l'inflammation appendiculaire et la formation de l'abcès, auraient été annoncées par un seul symptôme : la diarrhée.

Ainsi est mise en valeur cette non-concordance fréquente. Celle-ci avait déjà été signalée, mais présentée comme exceptionnelle. LEGUEU (1), a observé un « *cas malheureux* » : « Un malade est soigné pour une appendicite légère ; on attend. Les signes s'amendent, la guérison paraît certaine. Le malade se lève, il quitte l'hôpital. Au bout de 7 à 8 jours, il est pris brusquement de phénomènes graves et meurt en 24 heures, de péritonite généralisée ». Et, plus loin : « Quelques faits, *très rares*, présentent un certain temps une contradiction entre la gravité anatomique et la bénignité clinique, qu'il est difficile d'expliquer et de dépister ».

DIEULAFOY avait fort bien remarqué cette inégalité entre symptômes et lésions, puisqu'il avait décrit : « L'appendicite aiguë d'apparence bénigne », dont l'évolution se fait « vers la résolution ou vers la gangrène rapide ».

(1) In Thèse de LANCET, Paris, 1906.

Mais l'erreur qu'il commettait était de prétendre déceler cette forme par un groupement de signes très rares (nos observations le prouvent) : la « triade symptomatique », qui était pour lui la signature obligatoire de toute appendicite aiguë.

Ces cas exceptionnels sont, en réalité, la règle. On observe fréquemment des crises présentant le tableau léger suivant :

Pouls normal ou presque.

Température peu élevée.

Pas de contracture abdominale.

Pas d'hyperesthésie cutanée — un facies normal.

Des selles normales.

Et une douleur modérée.

Il semble bien que la douleur soit le signe le plus constant — qu'il s'agisse de douleur spontanée ou, surtout, de douleur provoquée.

CHAPITRE IV

ESSAI DE TABLEAU CRITIQUE

Nous avons donc étudié successivement, à la lumière des 57 observations, les divers symptômes rencontrés dans la crise appendiculaire. Pouvons-nous les grouper suivant un ordre logique et précis ? Pouvons-nous dresser un tableau clinique valable pour tous les cas ? Nous ne pensons pas pouvoir le faire. Nous croyons, au contraire, qu'il est impossible d'envisager un tableau-type. En effet : ou bien il faudrait reprendre tous les signes cliniques et n'en omettre aucun, car tous peuvent se rencontrer ; ou bien rechercher les signes les plus fréquents, les réunir et les présenter comme constituant l'aspect clinique type de la crise appendiculaire. Dans un cas comme dans l'autre, ce serait dresser un tableau clinique inexact, et retomber dans l'erreur que nous avons signalée précédemment.

Nous pensons que l'étude des symptômes nous permet de déclarer qu'il n'existe pas de crise schématique, mais

que l'appendicite aiguë se traduit par des signes divers se groupant d'une façon variable suivant les malades.

Aussi, la constatation d'un seul de ces signes doit être suffisante pour faire soupçonner l'affection. Nous le répétons, un tableau type, même succinct (tel que : douleurs, vomissements, constipation, contracture abdominale), ne peut être envisagé, car l'absence fréquente d'un ou de plusieurs de ces signes, retardant l'établissement du diagnostic, exposerait le malade aux complications les plus redoutables.

On pourrait peut-être trouver, dans la position de l'appendice, et dans les rapports qu'il affecte avec les parois abdominales et l'intestin, l'explication des variations du tableau clinique :

L'inflammation d'un appendice situé contre le péritoine pariétal antérieur, ou au milieu des anses grêles, se traduira souvent par des signes cliniques bruyants.

Au contraire, l'inflammation d'un appendice rétro ou latéro-cœcal externe — quelquefois pelvien — donc situé dans une espèce de logette péritonéale, pourra aboutir à la perforation sans symptômes bruyants et avec un minimum de signes.

CONCLUSIONS

Nous avons pensé, après avoir exposé et discuté les observations qui constituent la partie importante de ce travail, être autorisés à dégager les conclusions suivantes :

1° L'expression clinique la plus fidèle de l'atteinte inflammatoire de l'appendice est la douleur.

2° L'intensité de cette douleur, sa localisation ou sa diffusion à tout l'abdomen, son caractère évolutif, ne doivent nullement faire préjuger de la gravité ou de la bénignité de l'atteinte appendiculaire.

3° Ce signe « douleur » étant donc mis au premier rang, aucun autre symptôme n'est pathognomonique de la crise d'appendicite.

4° Mais cela ne signifie pas que ces symptômes n'aient aucune valeur : l'apparition, au cours d'un examen, de l'un de ces autres symptômes, doit orienter immédiatement le diagnostic vers la possibilité d'une appendicite.

5° En raison de cette diversité, il est donc impossible de dresser un tableau clinique type de la crise appendiculaire aiguë.

6° Ce tableau type, qui existe dans les livres classiques, est donc faux et dangereux, puisqu'il ne correspond pas à la réalité.

7° Toute appendicite aiguë doit être considérée à priori comme grave, car l'expérience clinique démontre qu'aucun des symptômes ne peut être pris comme base pour émettre un pronostic favorable et, qu'en aucun cas, il ne faut différer l'appel à adresser au chirurgien.

8° Il n'est pas possible, en effet, de poser un pronostic certain, puisque, dans la plupart des cas observés, il n'y a pas de correspondance entre les signes cliniques et les lésions anatomiques siégeant sur l'appendice.

9° Un tableau clinique très réduit et très atténué est souvent l'expression d'une atteinte grave.

10° Aussi faut-il supprimer la « forme légère » qui ne répond pas à la réalité clinique.

11° Ces conclusions sont bien écrites après l'étude de crises appendiculaires aiguës observées chez les jeunes (jusqu'à l'âge de 15 ans), mais nous pensons, d'après tous les renseignements qui nous ont été donnés, qu'elles peuvent fort bien s'appliquer aux crises d'appendicite chez des sujets ayant dépassé cet âge.

BIBLIOGRAPHIE

Etant donné le caractère particulier de notre travail qui repose uniquement sur des observations, nous avons jugé inutile d'établir la liste de toutes les publications parues sur l'appendicite aiguë. Nous avons simplement mentionné les ouvrages et les articles que nous avons consultés.

- BAUER (R.). — L'appendicite aiguë (formes cliniques, complications, diagnostic). *Strasbourg Médical* du 5 mars 1932.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. Etude clinique et critique.
- CADENAT. — Vraies et fausses appendicites. (*Concours Médical*, Paris 1923, n° 10 bis, p. 869.)
- L'heure opératoire dans l'appendicite aiguë. (*Phare Médical de Paris*, mars 1935.)
- DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie Interne, 14^e édition, tome II. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1897, 16^e leçon, 1898-99, 10^e, 12^e, 13^e, 14^e et 17^e leçons.
- DUVAL et GATELLIER (J.). — Précis de Pathologie chirurgicale. Collection Masson, 5^e édition, tome IV.
- ETIENNE (E.), LAPEYRE et CABANAC. — A propos du diagnostic de l'appendicite aiguë: des inconvénients des injections sous-cutanées dans la région abdominale. (*Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 15-60-62, février 1934.)
- ETIENNE (E.). — Le tableau clinique de l'appendicite aiguë. (*Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 27 mars 1936.)
- FORGUE (E.). — Précis de Pathologie externe, Tome II.
- JALAGUIER. — In *Traité de Chirurgie de Duplay-Reclus*, Tome VI.
- JOURDAN (P.). — Formes cliniques des appendicites aiguës. (*L'Hôpital A*, janvier 1935.)
- LANCET. — La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës. (Thèse de Paris, 1905-1909.)
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence.
- MONDOR (H.). — Diagnostics urgents (abdomen), 1930. Chapitre sur l'appendicite, page 39.
- RASTOUIL (A.). — Etude clinique de l'appendicite. (Expansion scientifique, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1933.)
- SAVY (P.). — Précis de pratique médicale, 3^e édition, 1932.
- SOUBEYRAN. — Fiche formulaire, 1928.

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude clinique de la crise appendiculaire aiguë chez l'enfant (jusqu'à 15 ans),

par L. GUILLAUMÉ.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression. .

Montpellier, le 26 mars 1936.

Le Professeur :

ETIENNE.

Vu :

Montpellier, le 26 mars 1936.

Le Doyen :

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 26 mars 1936.

Le Recteur,

TAILLART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

